

E adesso? Proposte operative per continuare la difesa dei malati non autosufficienti

Approfondire le motivazioni della sentenza del Tar Piemonte n. 931/2024 è importante per inquadrare le violazioni regionali. La Fondazione promozione sociale in prima linea nella difesa dei casi singoli: ora si valuta la modifica delle regole regionali e le cause individuali

Per un compiuto esame della sentenza 931/2024 del Tar del Piemonte è opportuno ricordare che i degenti interessati dal provvedimento in esame sono malati cronici con una condizione di non autosufficienza irreversibile, a causa della gravità delle loro condizioni cliniche. Gli anziani malati non autosufficienti hanno esigenze indifferibili. Lo hanno precisato nel 2015 l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Torino (1); l'Accademia di medicina di Torino (2) e le quattro Società di geriatria piemontesi (3). Inoltre sono gli stessi certificati medici, che spesso accompagnano la documentazione presentata alla commissione multidimensionale di valutazione geriatrica (Uvg) a indicare le situazioni complesse dal punto di vista clinico e della dipendenza dall'aiuto di altri, dovuta soprattutto alla presenza di demenza severa o malattia di Alzheimer in stadio avanzato.

Infatti le stesse commissioni di valutazione geriatrica delle Asl, nei casi sollevati avanti al Tar del Piemonte dalle associazioni, hanno riconosciuto ai richiedenti il diritto alla prestazione residenziale in Rsa, ma senza riconoscere anche il diritto al ricovero in convenzione ovvero alla compartecipazione dell'Asl per il 50% del costo totale della retta, come prevede

la normativa nazionale. Inoltre non viene indicato nel verbale rilasciato ai congiunti una data certa di presa in carico del malato non autosufficiente; il degente, già ricoverato nella Rsa dal Servizio sanitario come post-ricovero ospedaliero, viene inserito in una lista d'attesa, ma la posizione varia in base alle urgenze e, di fatto, non vi è una data certa di presa in carico.

La prestazione socio-sanitaria in Rsa rientra nei Lea, Livelli essenziali di assistenza sanitaria costituzionalmente garantiti (4); l'anziano non autosufficiente è un malato e ha pertanto il diritto soggettivo ed esigibile alle cure sanitarie e socio-sanitarie del Servizio sanitario senza limiti di durata. Si rammenta che, salvo volontaria disponibilità dei loro congiunti, non vi sono leggi che impongano a familiari l'obbligo di garantire prestazioni socio-sanitarie direttamente o con l'aiuto di terzi. Obbligo che è posto dallo Stato in capo al Servizio sanitario nazionale, che è universalistico e finanziato con criteri di equità in entrata, cioè nella tassazione.

Per quanto concerne la finalit  della Dgr. 10/2022 (il provvedimento impugnato al Tar dalle associazioni ricorrenti) di privilegiare il

rientro al domicilio, le organizzazioni che hanno promosso il ricorso sono da sempre impegnate per l'attuazione prioritaria delle cure a casa, ma laddove siano presenti precise condizioni: siano garantite le prestazioni sanitarie domiciliari indispensabili dall'Asl di residenza, non vi siano controindicazioni per la sua salute, i congiunti disponibili volontariamente a garantire le prestazioni indifferibili – da soli o mediante aiuto di terzi – risultino adeguati; sia riconosciuto un contributo economico per garantire la sostenibilità economica dei maggiori costi a cui devono far fronte. Tutti questi aspetti non sono contemplati dalla Dgr. 10/2022.

Il ricorso è stato presentato per violazione dei Lea e ha citato la Regione Piemonte. Un passaggio obbligato per le associazioni, dopo aver esplorato inutilmente i canali istituzionali: incontri con il responsabile del Gabinetto della presidenza, con il Difensore civico regionale, con il Prefetto della Città di Torino, con i Consiglieri regionali.

1. Riepiloghiamo i punti sostanziali del ricorso:

1.1 La Dgr. 10/2022 **non garantisce il diritto alla continuità terapeutica**, senza interruzione delle cure indifferibili, di cui necessitano i malati cronici anziani non autosufficienti, specie se con demenza o Alzheimer. Infatti, prevede un limite massimo di 60 giorni di ricovero in fase estensiva (di cui 30 giorni con oneri al 50% a carico dell'utente), ma possono essere anche solo 10 o 30. Anche se permane la condizione di non autosufficienza e non vi sono le condizioni per il rientro a casa, è prevista la dimissione.

1.2 **I criteri di valutazione sono orientati a considerare prevalente la condizione economica e sociale** (presenza di familiari) rispetto alla condizione sanitaria del paziente. È una grave violazione degli articoli 1 e 2 della legge 833/1978 (5) e risultano pertanto illegittimi, se applicati a persone malate. Di fatto pochissimi sono i degenti ricoverati con il regime della Dgr. 10/2022, che ottengono la convenzione al termine dei 60 giorni, perché le commissioni considerano più rilevante la valutazione economica (Isee, ovvero risparmi, pre-

senza di un alloggio di proprietà) per negare la quota sanitaria.

1.3 **La Regione Piemonte ignora la pronuncia del Consiglio di Stato**. Il Consiglio di Stato, con sentenza n. 1858/2019, in merito all'articolo 30 ha precisato che «la previsione di un limite temporale di durata del trattamento estensivo fissata in 60 giorni non è cogente». Ne consegue che, se non vi sono le condizioni necessarie a garantire il rientro a domicilio del malato non autosufficiente, l'Asl è tenuta a garantire il diritto alla prosecuzione delle cure in convenzione senza limiti di durata. Il Consiglio di Stato, nella sopracitata sentenza, ha altresì affrontato la questione della rilevanza dei fattori economico/sociali, affermando che non può essere «condivisa la lettura (...) secondo cui confluirebbero nella dinamica delle scelte assistenziali criteri di ordine economico capaci impropriamente di condizionare tipo, intensità dei trattamenti clinici necessari».

Ne consegue che la stragrande maggioranza degli anziani malati cronici non autosufficienti (l'84% degli italiani possiede una abitazione) è esclusa dalla convenzione. Come è scritto in delibera, può proseguire ovviamente il ricovero in regime privato, con retta a totale carico che va dai 3.000 ai 4.000 euro al mese, senza la convenzione del Servizio sanitario e, quindi, anche senza il diritto a chiedere l'integrazione della retta al Comune di residenza per la quota alberghiera, in caso di insufficienza di risorse come prevede la legge nazionale. Impossibilitati a rientrare al domicilio sono altresì obbligati alla firma di un contratto privato, che quasi sempre prevede spese extra obbligatorie. Da pazienti del Servizio sanitario diventano "clienti paganti". Quando hanno la disponibilità economica, ma non è per tutti.

L'esclusione dal diritto alla convenzione costringe i congiunti a trasferire sovente l'anziano malato non autosufficiente in una struttura residenziale più economica (ma per questo meno idonea alle sue esigenze di cura), spesso lontana dalla residenza dei familiari, non accreditata con il Servizio sanitario e, quindi, con prestazioni sanitarie e socio-sanitarie al di sotto dei criteri previsti dalla normativa vigente. Sono i Nas Carabinieri a far emergere queste

situazioni di abbandono, dove la causa va imputata proprio alla mancanza dell'aiuto economico dell'asl, che lo Stato, al contrario, prevede proprio per garantire il diritto alla salute di chi ha necessità di cure senza limiti di durata.

1.4 La Regione Piemonte non garantisce la prosecuzione del ricovero come prevede la norma nazionale, di rango superiore rispetto alla legislazione regionale. L'articolo 30 del Dpcm 12 gennaio 2017 (6) stabilisce che «Nell'ambito dell'assistenza residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti, previa valutazione multidimensionale e presa in carico: (...) b) trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. (...) I trattamenti di lungoassistenza di cui al comma 1, lettera b) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera». Quindi è previsto che si possa proseguire il ricovero in convenzione con il Servizio sanitario nazionale quando non è praticabile il rientro al domicilio. Di fatto non può essere diversamente in base alle disposizioni sopra richiamate della legge 833/1978.

2. Perché non condividiamo le argomentazioni sostenute dal Tar Piemonte per respingere il ricorso.

2.1. Per il TAR Piemonte entrambi i rilievi di cui sopra, richiamati dalle associazioni ricorrenti, sono censurabili, perché la delibera di fatto non sopprime la normativa vigente, ma si limita a definire il percorso post-ospedaliero. Si legge che «il contestato limite temporale trova (...) il suo razionale fondamento nello scenario "in divenire" nel quale opera la misura [la Dgr. 10/2022, n.d.r.], la cui azione si concentra (e si esaurisce) nella transizione del paziente dal ricovero ospedaliero verso l'individuazione del presidio assistenziale più confacente al suo stato». Infatti, le associazioni hanno ricorso perché, laddove è più confacente il ricovero definitivo ed è riconosciuto dalla stessa commissione dell'asl, ritengono che sia oggettivamente ragionevole provvedere al ricovero in convenzione, se non è possibile garantire il rientro al domicilio.

Infatti, il Tar medesimo riconosce che «la scadenza del termine non esita ineluttabilmente nella fuoriuscita dell'assistito dal sistema residenziale, giacché a fronte di accertate situazioni di urgenza è, al contrario, prevista la definitiva presa in carico dal servizio sanitario presso la RSA di ricovero». Le Associazioni hanno documentato invece, che anche la condizione di urgenza non trova immediato ricovero in convenzione al termine del periodo di cure estensive, salvo si tratti di caso sociale clinicamente compromesso e quindi con carattere di urgenza in entrambe le condizioni. I Giudici amministrativi non ne hanno tenuto conto.

2.2. Per il TAR tutti gli altri anziani malati cronici non autosufficienti, non valutati urgenti, rientrano nella «preferenza dell'ordinamento per gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio». A sostegno della priorità da assegnare al domicilio riferisce che nella nota della difesa della Regione Piemonte si prevede come «obiettivo di portare l'assistenza domiciliare di almeno il 10% degli anziani entro il 2026».

È evidente che i Giudici amministrativi non hanno presente le condizioni di gravità dei malati anziani cronici non autosufficienti e i limiti delle prestazioni sanitarie Adi. Siamo sempre in presenza di malati, comunque, non in grado di provvedere da soli alle esigenze indifferibili di cui necessitano 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno. Inoltre, le prestazioni di Adi (assistenza domiciliare integrata) previste dal PNRR (7) come obiettivo per il 2026, assicurano prestazioni sanitarie domiciliari al bisogno e a tempo e comunque insufficienti, oltre che non sempre necessarie ad un anziano malato cronico non autosufficiente. La stima è di 15-18 ore all'anno!

Il personale sanitario professionale dell'Adi, anche se sarà implementato, non svolgerà mai le altre prestazioni di assistenza tutelare di cui necessita la persona non autosufficiente e che nel documento citato delle Società di geriatria sono indicate come «gli interventi di igiene personale, l'alimentazione compreso, se occorre, l'imboccamento, le medicazioni semplici, la somministrazione di medicinali, la pulizia degli ambienti e delle attrezzature, nonché la presenza attiva per le emergenze».

È comunque indispensabile avere una abitazione idonea, almeno un congiunto di riferimento e che sia idoneo a sorvegliare il malato e ad attivarsi in caso di urgenza, avere le risorse per assumere una persona che sia di aiuto in tutto o in parte. Tutto questo ha un costo che non viene riconosciuto dal Servizio sanitario e che è, pertanto, a totale carico del malato e dei suoi congiunti.

I pochi e scarsi contributi erogati dai Comuni coprono, se va bene, il 2-3% dei malati anziani non autosufficienti. Inoltre, la Regione Piemonte ha eliminato nel 2023 il contributo che era previsto per sostenere i maggiori costi che devono affrontare i congiunti. Eventuali voucher sono assegnati sono a fronte di assunzione regolare di personale di assistenza. Tutto questo, oltre a contribuire all'impovertimento dei nuclei familiari e in particolare a incidere sulla condizione personale delle donne, maggiormente coinvolte nel prendersi cura di un familiare non autosufficiente, ha altresì ripercussioni assai gravi per i malati anziani non autosufficienti che non ricevono a domicilio i trattamenti sanitari e socio-sanitari adeguati alle loro esigenze di cura. La conseguenza è l'aumento del ricorso al pronto soccorso, anche più volte in un anno, come si evince dalle frequenti denunce dei medici ospedalieri.

3. La questione delle risorse in materia di prestazioni Lea: i numeri parlano, nonostante tutto!

Il Tar Piemonte assume per buona la versione fornita dalla Regione Piemonte laddove afferma che, da una relazione del Ministero della salute in ordine allo stato di attuazione dei Lea "da ultimo dato esitato nel 2019, emerge che la Regione Piemonte ha sempre assicurato (...) il rispetto di tali livelli (Lea, n.d.r.) minimi. E rinvia allo specchio riassuntivo del monitoraggio nel periodo 2010-2019 estrapolato dal rapporto della Corte dei Conti 2021. Per cui, nella memoria la Regione sostiene che "Se prima ancora che la esponente (Regione n.d.r.) introducesse il modello protetto in questa sede contestato, aggiuntivo rispetto alle misure preesistenti, queste ultime già assicuravano, pienamente, il rispetto di tali limiti minimi di assistenza, è da escludersi che la misura aggiuntiva [Dgr 10/2022 n.d.r.] possa averne determinato una qualche loro violazione (...).

Osserviamo che la tabella sopra richiamata non fa riferimento alla continuità terapeutica di malati non autosufficienti, perché non è un parametro inserito nella griglia Lea di valutazione dell'attività sanitaria delle Regioni (8). Inoltre il parametro "numero di posti per assistenza agli anziani ultra65enni in strutture residenziali per 1.000 abitanti" indica: a) posti letto anche per pazienti autosufficienti (che nulla hanno a che fare con l'oggetto del ricorso); b) posti costruiti e accreditati (cioè autorizzati a funzionare come strutture sanitarie), ma non indica che la Regione abbia attivato per essi le convenzioni sanitarie e che quindi paghi il corrispettivo della retta di ricovero (nella percentuale del 100% o del 50% a seconda del setting di cura). Il Tar evidentemente non approfondisce. I dati relativi all'esistenza delle liste d'attesa, allegati alla memoria, confermano invece che le prestazioni socio-sanitarie Lea non sono affatto soddisfatte in base al fabbisogno reale.

Per i Giudici amministrativi invece va tutto bene, anche la spesa non si è affatto contratta, mentre le associazioni uniscono documentazione che dimostra come dalle stesse risorse siano stati sottratti i ricorsi per i Gestori privati e, conseguentemente, attivate un minor numero di convenzioni.

Infine, il Tar Piemonte evidenzia come in fin dei conti la finalità della Dgr 10/2022 sia il rientro al domicilio. Pertanto, gli stanziamenti per finanziare le prestazioni domiciliari sono da considerarsi comunque aggiuntivi e parte integrante delle prestazioni Lea finalizzate a garantire il diritto alla tutela della salute, "che tanto preme alle ricorrenti".

A tal proposito i Giudici si richiamano ancora alla sopracitata sentenza 604/2015 del Consiglio di Stato, laddove afferma che "non può certo sostenersi che tutte le persone non autosufficienti abbiano, per ciò stesso, diritto ad accedere ai servizi residenziali, perché l'inserimento in strutture residenziali di soggetti non autosufficienti in grado di essere efficacemente assistiti in strutture semiresidenziali o a domicilio risulterebbe una misura del tutto inappropriata, oltre che eccessivamente costosa e di fatto inapplicabile per l'enorme dilatazione del numero dei posti letto che comporterebbe".

Non è dato sapere quale immagine abbiano i Giudici amministrativi della famiglia attuale con uno (a volte due) anziani malati cronici non autosufficienti a domicilio, sovente con demenza o malati di Alzheimer. Certo traspare un pregiudizio rispetto alla disponibilità di farsi carico dei loro congiunti, che è in contrasto con la realtà, considerato che nel Paese Italia risultano circa un milione di “badanti” che, con le famiglie, accudiscono altrettanti malati anziani non autosufficienti, mentre i ricoveri in Rsa sono poco più di 200.000, di cui solo la metà è in convenzione. Vale anche per il Piemonte, anche perché il costo di una retta privata in una Rsa accreditata, come già detto, non è sostenibile nel tempo per molti. Comunque, costa molto più di una badante al domicilio. Le ragioni nella maggioranza dei casi che motivano il ricovero è la gravità dal punto di vista sanitario e la conseguente impossibilità di assicurare a casa, con personale adeguato, le esigenze indifferibili dell'anziano anche per accompagnarlo a una fine dignitosa e indolore, se possibile.

Osserviamo che le associazioni ricorrenti, da sempre sono a sostegno del diritto prioritario alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari, che tuttavia non possono essere imposte ai familiari e non tutti i familiari, solo per il fatto di essere mariti, mogli o figli possono

essere sempre idonei. In ogni caso non ci sono leggi (che il Tar Piemonte, infatti, non cita) approvate dal Parlamento a questo riguardo e, ai sensi dell'articolo 23 della Costituzione “nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge”. Merita sottolineare che l'ultima azione intrapresa, la Petizione popolare al Parlamento europeo per chiedere il riconoscimento di un contributo economico a carico del servizio sanitario per le prestazioni assicurate direttamente dai congiunti (n. 1147/2016, presentata il 19 luglio 2016) è stata appoggiata e seguita a Bruxelles dall'allora On. Alberto Cirio, poi presidente della Giunta regionale del Piemonte. Tuttavia, il Presidente della Regione Piemonte ha negato il contributo diretto al familiare. Nella Città di Torino, ad esempio, dagli oltre 6 mila casi seguiti negli anni 2009-2018, nel 2023 si è scesi a 3.400, comprese le persone con disabilità non autosufficienti. I restanti 4.330 sono rimasti in lista d'attesa (cfr. *ControCittà*, n. 4/2023, dati Comune di Torino).

Il ricorso presentato dalle associazioni, non a caso, contesta che sia negato il diritto alla quota sanitaria in Rsa, senza limiti di durata, ma limitatamente ai casi valutati dalle competenti commissioni delle asl ai quali è stato riconosciuto il bisogno del ricovero in struttura residenziale socio-sanitaria, sovente ad alta inten-

(1) Con il documento del 6 luglio 2015, l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino ha precisato che «gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici».

(2) Cfr. il documento “La cura dei malati cronici non autosufficienti: criticità e proposte” dell'Accademia di Medicina di Torino, secondo cui: «Questi pazienti, che richiedono cure differenziate, personalizzate e indifferibili, sono spesso portatori di complesse problematiche psico-cognitive come depressione e demenza, e non di rado presentano anche bisogni sociali».

(3) Il documento “La non autosufficienza dell'anziano è un problema di salute”, elaborato dalle Organizzazioni dei Geriatri piemontesi il 20 gennaio 2022, riconosce espressamente: «a) il dovere di considerare la non autosufficienza per malattia/e a qualsiasi età e in particolare nell'anziano come un problema di salute; b) il diritto di questi pazienti a usufruire di livelli adeguati di cure all'interno di una rete dei servizi (ospedalieri, territoriali domiciliari, ecc.) in relazione allo stato delle malattie e dalle esigenze di cure acute o croniche; c) il diritto a ricevere prioritariamente, laddove possibile, a domicilio cure e prestazioni adeguate da personale (medico, infermieristico, operatori socio sanitari, ecc.) qualificato nei diversi settings di cura e contributi economici per le prestazioni a supporto delle funzioni vitali quotidiane; d) il diritto dei pazienti anziani a ricevere cure mediche, per malattie acute e croniche nei settings

di cura idonei a minimizzare l'insorgenza e l'impatto delle più comuni complicanze relative alla convenzionale degenza ospedaliera (delirium e declino funzionale) al fine di preservare o migliorare l'autonomia funzionale e l'autosufficienza».

(4) Tra i molti pronunciamenti della Corte costituzionale in materia, si ricordano le sentenze n. 509/2000, n. 36/2013, n. 275/2016, n. 62/2020 e n. 157/2020.

(5) Si rammenta che l'articolo 1 della legge n. 833/1978 sancisce che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire le prestazioni domiciliari, semi-residenziali e residenziali «senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio» sanitario. Il successivo articolo 2 stabilisce invece che il Servizio

sità, se non con carattere di urgenza, ma rimaste inevase.

A titolo di esempio riportiamo la descrizione del punteggio sanitario 11 e 12 così come descritti nella tabella A allegata alla Dgr. 45/2012 (9). Da tempo i casi sono così complessi che è stato introdotto, fuori tabella, il punteggio 13 e financo il 14. Anche in questi casi l'attesa come minimo è di 90 giorni (dopo che ne sono trascorsi 60 per l'accettazione dell'istanza e altri 90 per avere l'esito). Si tratta quindi di situazioni cliniche complesse per le quali la stessa Asl riconosce l'impraticabilità del rientro al domicilio.

4. Qual è stato finora l'esito della Dgr. 10/2022. Nel primo anno di applicazione della delibera 10/2022, dopo un anno di dimissioni dagli ospedali piemontesi verso le Rsa, l'Asl Città di Torino ha tracciato un primo punto della situazione.

Il risultato è devastante: il 26% è deceduto o è rientrato in ospedale; il 26% è stato dimesso a casa senza attivazione delle prestazioni domiciliari, per cui sono prevedibili ricorsi al Dea al primo aggravamento; il 48% ha proseguito il ricovero in Rsa, ma è stato costretto a sottoscrivere contratti privati da 3.000-4.000 euro al mese, soggetti agli aumenti discrezionali dei gestori privati. Par di capire che la Regione Pie-

monte si sia prodigata per acquietare le rimostranze del personale ospedaliero per l'occupazione – a loro dire – del pronto soccorso, accelerando le dimissioni degli anziani malati non autosufficienti con il trasferimento in Rsa; allo stesso tempo ha fatto contenti i Gestori privati che lamentavano posti vuoti e risorse insufficienti. Sicuramente molti malati anziani non autosufficienti, specie se con demenza, sono finiti anche in strutture abusive o comunque con rette meno esose, quindi hanno ricevuto prestazioni sanitarie e socio-sanitarie insufficienti. A volte sono stati oggetto di maltrattamenti o abusi.

In conclusione, per restituire il diritto alle prestazioni socio-sanitarie Lea ai malati cronici non autosufficienti è indispensabile ripartire dai bisogni dei malati non autosufficienti e dalle leggi che tutelano il loro diritto alle cure sanitarie, che è anche quello di ciascuno di noi, perché la non autosufficienza può arrivare all'improvviso e non esclude nessuno.

Le nostre proposte alla Giunta regionale del Piemonte (2024-2029) sono indicate nella piattaforma (10) che è stata concordata con le numerose associazioni impegnate nella tutela del diritto alle cure sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali delle persone non autosufficienti a causa di malattie croniche invalidanti o disabilità irreversibili. Siamo aperti al confronto.

sanitario nazionale debba assicurare «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata», provvedendo «alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione».

(6) Dpcm di definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del d.lgs. 502/1992.

L'articolo 30 prevede che: «Nell'ambito dell'assistenza residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti, previa valutazione multidimensionale e presa in carico: (...) b) trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. (...) I trattamenti di lungoassistenza di cui al com-

ma 1, lettera b) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera».

(7) Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - PNRR, approvato il 13 luglio 2021 con Decisione di esecuzione del Consiglio europeo, che ha recepito la proposta di decisione della Commissione europea.

(8) Con riferimento alla tabella di valutazione relativa all'anno 2019 elaborata dal Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Ufficio VI, va osservato che essa non fa riferimento alla continuità terapeutica di malati non autosufficienti, che non è un parametro inserito nella griglia Lea di valutazione dell'attività sanitaria delle Regioni.

Inoltre, proprio nell'esito della valutazione indicata dalla Regione, il Ministero della Salute aveva giudicato "mancante,

errato o non completo" il dati riferito a: "numero di posti per assistenza agli anziani >65 anni in strutture residenziali per 1.000 abitanti", così come tutti i dati relativi alla presa in carico della disabilità e in hospice.

(9) Si rammenta che, in base alle definizioni di cui alla Tabella 1 allegata alla Dgr 45-4248/2012, il punteggio sanitario 11 corrisponde a «Polipatologie di diversa natura e gravità con elevato livello di non autosufficienza, ad alto rischio di scompenso e/o complicazioni (...)»; il punteggio sanitario 12 corrisponde invece a «Non-autosufficienza di alto grado con necessità assistenziali e sanitarie elevate».

(10) La piattaforma può essere richiesta a info@fondazionepromozionesociale.it oppure sul sito www.fondazionepromozionesociale.it o telefonando al n. 011.8124469.